LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

Über das Sarcom der Nasenhöhle.

LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY SEP 5 1895 LIBRARY.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt und nebst den beigefügten Thesen

am Mittwoch den 17. Juli 1895, Vormittags 9 Uhr

öffentlich verteidigt

von

Paul Olschewsky,
prakt. Arzt.

Opponenten:

Herr Dr. med. **Aust**, prakt. Arzt.
Herr Dr. med. **Quedenfeld**, prakt. Arzt.

Königsberg i. Pr.
Druck von M. Liedtke, Bergplatz 7.
1895.

Seinem teuren Schwiegeronkel

Herrn

Stadtrat Krieger

in Elbing

aus Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/uberdassarcomder0000paul

Bösartige Neubildungen, gewöhnlich sarcomatösen, seltener carcinomatösen Charakters sind solche, welche in der Regel vom Septum, bisweilen aber auch von der äusseren Wandung oder dem Boden der Nasenhöhlen entspringen, zur Verstopfung der Nase, schleimig-eiteriger, häufig foetider Secretion und Epistaxis führen und bei ihrer Volumenzunahme Beschädigung der anstossenden Teile, bisweilen Metastasen in anderen Organen und schliesslich jedenfalls Cachexie und tötlichen Ausgang im Gefolge haben. (Mackenzie.[1])

Sämtliche alte Autoren, wie Hippocrates uud Celsus etc., welche von Nasenpolypen sprechen, geben an, dass dieselben bisweilen bösartiger (krebsartiger) Natur sind. Dieselben meinten, dass durch jedwede operative Therapie die Geschwülste nur verschlimmert würden.

Autoren des Mittelalters wie Wilhelm v. Salicet,[2])

---

[1]) Morel Mackenzie, Über bösartige Geschwülste der Nase. 1884.

[2]) Chirurgia Guiliemi de Saliceto. Lib. I c. XVII. Venetiis 1546.

Rogerius[3]) und Bruno Langoburgensis[4]) unterscheiden ausdrücklich zwischen einfachen und bösartigen Nasenpolypen. Glandorp[5]) hatte die allgemeine Ansicht seiner Vorgänger hinsichtlich der Unrätlichkeit irgend einer Form von Behandlung des Nasenkrebses, abgesehen von rein palliativen Massregeln. Ebenso verdammte Pott[6]) jeden Versuch der Vornahme einer Operation im Falle von bösartigen Polypen, indem er sagte, dass er einen „ungünstig" aussehenden Tumor dermassen an ein im schlechten Zustand befindliches Septum angeheftet gesehen habe, dass beide Teile gleichzeitig von der Zange des Chirurgen abgerissen worden seien.

Unzweifelhafte Fälle carcinomatöser Neubildung in der Nase wurden von Paletta[7]) und Gerdy[8]) berichtet. Syme[9]) missbilligte jede Art von operativem Vorgehen bei malignen Geschwülsten, ausser wenn das Gewebe derselben so weich sei, dass es mit dem Finger ausgekratzt werden könne.

In moderner Zeit sind Fälle von Sarcom der Nase

---

[3]) Rogerii medici celeberrimi Chirurgia c. XXXIII decancro, qui fit in naribus.

[4]) Bruni Langoburgensis Chirurgia magna. Lib. II, Cap. II. Venetiis 1546.

[5]) Tractus de Polypo narium affectu gravissimo observationibus illustratus. Bremae 1628. Cap. 17, pag. 47.

[6]) Some Remarks of the Polypes of the Nose in Chirurgical Observations. London 1775, pag. 79.

[7]) Exercitat. pathol. Mediolani 1820, pag. 1.

[8]) Gerdy, Traité des Polypes. Paris 1895.

[9]) Principles of Surgery. pag. 493.

von Fayrer,[10]) Viennois,[11]) Mason,[12]) Duplay[13]) und Hopmann[14]) mitgeteilt worden, während Verneuil[15]) und Péan[16]) Beispiele epitheliomatöser Erkrankung dieser Teile publiciert haben.

Die bösartigen Neubildungen der Nase sind keine häufigen Leiden und speciell der Krebs dieser Gegend ist eine äusserst seltene Krankheit. Über die Ursache der Entstehung dieser Tumoren besteht noch Ungewissheit, ebenso wie bei denen des Sarcoms und Carcinoms anderer Organe. Es ist möglich, dass bisweilen syphilitische Ulceration zur Entwickelung bösartiger Geschwüre führen mag.

Der einzige Fall ist der von Neumann[17]) berichtete. Es handelte sich um einen Fall von Medullarcarcinom bei einer Frau. Die Nase war seit elf Jahren vollständig verstopft gewesen und im Halse fanden sich Zeichen früherer syphilitischer Geschwüre. Die Schleimhaut der Muscheln war hypertrophisch und bei Entfernung eines Teils des verdickten Gewebes zeigte sich, dass dasselbe krebsig erkrankt war.

Im Anfange der Erkrankung finden sich die allen Nasengeschwülsten gemeinsamen Symptome, nämlich

---

[10]) Medical Times. July 4. 1868.

[11]) Viennois, Lyon Times 1872, Nr. 18.

[12]) Médical Times 22. Mai 1875.

[13]) Traité Elém. de Pathologie externe. Octobre et Dezembre 1876.

[14]) Virchow's Archiv. Bd. 93. 1883.

[15]) De l'Exstirpation de la Glande et des Ganglions submaxillaires. Thèse de Paris 1873, pag. 67.

[16]) Des Agections de la Cloison des Fosses nasales. Paris 1876.

[17]) Österreich. Zeitschrift f. praktische Heilkunde 1858, IV, 17.

Beeinträchtigung der freien Passage der Luft durch die Nasenhöhle, die gewöhnliche Veränderung der Stimme und Verringerung des Geruchsvermögens. Gleichzeitig wird oft eine grünliche oder foetide Flüssigkeit abgesondert. In den meisten Fällen tritt häufiges und heftiges Nasenbluten ein und oft klagen die Patienten über Schmerzen in der regio infraorbitalis. Mit dem Fortschreiten des Wachstums der Geschwülste können die die Nasenwurzel bildenden Knochen nach vorn gedrängt werden oder von einander getrennt, durch den Druck auf die innere Wandung der Augenhöhle Exophtalmus produciert werden, oder es kann, wenn die Neubildung nach oben wuchert, zur Erosion oder selbst zur Perforation der Schädelbasis kommen. In einem Falle von Gerdy blieb vom Siebbein nichts als die Crista-galli übrig, während in einem andern Fall, der von Paletta mitgeteilt wird, die Lamina cribrosa desselben Knochens zerstört wurde und die Geschwulst in das Gehirn hineinwuchs. Natürlich hat man unter solchen Umständen Gehirnsymptome zu erwarten, während, wenn der Tumor sich nach hinten durch die Choanen in den Nasenrachenraum ausgedehnt, Taubheit, Dysphagie und Respirationsbeschwerden auftreten.

Obwohl das Septum die häufigste Ursprungsstelle bösartiger Tumoren ist, so können doch solche von irgend welchem Teile des Innern der Nase ihren Ausgang nehmen. Es ist festgestellt worden, dass zweimal ein Sarcom vom Nasenflügel ausging, dass mehrere Polypen bösartiger Natur von der Schleimhaut der Muscheln entsprangen. In einem anderen Falle wurzelte

eine grosse, maligne Geschwulst in der Schleimhaut einer der Siebzellen.

In der Grösse variieren die Tumoren von der einer Erbse bis zu der einer Orange. Überlässt man sie sich selbst, so können sie noch viel bedeutendere Dimensionen erreichen. Die Sarcome sind ungleich, die einfachen Polypen gewöhnlich solitär, glatt und in der Regel rosa gefärbt, zuweilen aber auch tief dunkelbraun oder selbst schwarz (melanotisches Sarcom). Sie sind sehr gefässreich und bluten leicht bei der Berührung. Carcinomatöse Neubildungen beginnen meist in der Form kleiner Knöpfchen oder Warzen von rötlicher Farbe und gewöhnlich sehr weicher oder brüchiger Consistenz. In der Regel zeigen die Tumoren dieser Art ausgesprochene Tendenz zur Ulceration. Das Geschwür zeigt die wohlbekannten, erhabenen, ausgezackten Ränder und die mit dünnem Eiter belegte Basis auf. Nach einiger Zeit tritt Vergrösserung der benachbarten Drüsen, besonders der hinter dem aufsteigenden Ast des Unterkiefers gelegenen auf. Die Sarcome sind durch äusserste Schnelligkeit ihres Wachstums charakterisiert und beide Formen von Geschwülsten zeigen die stark ausgesprochene Tendenz zu recidivieren.

Es ist nicht immer leicht, bösartige Tumoren der Nasenhöhle in dem früheren Stadium ihrer Entwickelung zu erkennen. Jedoch ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass man sie mit Schleimpolypen verwechselt, da letztere immer mittels eines Stieles von der äusseren Wandung der Nasenhöhle ausgehen, während die bösartigen Ge-

schwülste in der grossen Majorität der Fälle mit breiter Basis am Septum entspringen.

Knorpel- oder Knochengeschwülste könnten irrtümlicher Weise für Neubildungen angesehen werden, doch wird in den meisten Fällen die äusserst grosse Härte der ersteren, ihr langsames Wachsen und ihr ausschliesslich lokaler Charakter den Arzt zum richtigen Schluss führen.

Rhinolithen und eingekeilte Fremdkörper darf man nicht übergehen, wenn man mit Tumoren der Nase zu thun hat. Erstere aber sind häufig beweglich und geben nicht selten einen Ton von sich, wenn man mit der Sonde gegen sie anschlägt und ihre kalkige Oberfläche lässt sich beim Kratzen erkennen. Im Fall von Fremdkörpern sind die Symptome nicht progressiv und die Patienten gehören meistens dem Kindesalter an.

Es ist auch wichtig, dass die enorme Schnelligkeit des Wachstums der Geschwülste, die besonders nach partieller Entfernung auftritt, ein hervorstehendes, wenn nicht pathognomonisches Charakteristikum sarcomatöser Geschwülste ist, und dass das Epitheliom nicht selten zur allgemeinen Infektion des Systems und zur Cachexie führt. In zweifelhaften Fällen wird die Natur der Neubildung durch mikroskopische Untersuchung eines kleinen entfernten Stückchens derselben festgestellt.

Beim Carcinom der Nasenhöhlen sind die Aussichten für die schliessliche Heilung des Patienten ebenso hoffnungslos, wie beim Krebs irgend eines anderen Teiles des Körpers.

Beim Sarcom scheint weniger Grund zur Annahme vorhanden zu sein, dass, wenn die Behandlung des Leidens frühzeitig und gründlich in Angriff genommen wird, die Prognose keine absolut ungünstige ist.

Hinsichtlich der Pathologie dieser Tumoren kann kaum etwas gesagt werden, da sowohl die sarcomatösen, wie die carcinomatösen Geschwülste dieselben Charaktere zeigen, welche solchen Neoplasmen in anderen Regionen des Körpers eigentümlich sind.

Dass die Nase ungemein häufig der Sitz der verschiedensten Krankheiten ist, darüber kann nach den Erfahrungen von zahlreichen Specialisten und der Untersuchung von Anatomen kein Zweifel sein. Die ausserordentlich starke Exposition der Nasenschleimhaut gegenüber reizenden Einwirkungen der Aussenwelt ist wahrscheinlich Ursache dafür. Um so auffallender ist es, dass bösartige Geschwülste nur eine geringe Neigung zeigen, ihren primitiven Ursprung in der Nase zu nehmen. In der Skala am niedrigsten stehen häufig die malignen Tumoren der Nasenscheidewand. Aber auch die an anderen Stellen entspringenden stellen eine grosse Seltenheit dar, so dass es mir wohl der Mühe wert scheint, später einen genau beobachteten Fall aus dem Ambulatorium des Herrn Dr. Kafemann näher zu beschreiben.

Was nun die rationelle Methode der Behandlung maligner Neubildungen der Nase betrifft, so besteht sie in der gründlichen Entfernung, wenn eine solche noch möglich ist. Oft hat das Leiden solche Höhe erreicht, ehe der Patient in Behandlung kommt, dass nur palliative Massregeln in Anwendung gezogen werden können. Lo-

kale Instrigentien leisten in manchen Fällen gute Dienste, indem sie eine temporäre Schrumpfung der Tumormasse bewirken. Der Thermocauther hat sich als ein nützliches Instrument zur Stillung von Blutungen erwiesen (Mackenzie[18]).

In Folgendem werde ich über die Häufigkeit der Sarcome schreiben und die Autoren der neuesten Zeit anführen, welche über Sarcom berichtet haben. Alsdann will ich den Unterschied zwischen Sarcom und Carcinom ausführlich angeben und endlich im Anschluss zu meinem Falle aus der Dr. Kafemann'schen Praxis kommen, an welchen ich besonders über die melanotischen Sarcome mit Anführung der neueren Autoren berichten will.

Unter 43 Beobachtungen der Strohe'schen Zusammenstellungen befanden sich 9 Rundzellen, 3 Spindelzellen, 2 Rundzellensarcome, 7 Fibrosarcome, 7 Pigmente, 2 Osteosarcome, 4 Myxosarcome, 2 Myxome und 1 Cylindromamyxoiedes (Zarnikow[19]). Prof. Moritz Schmidt[20]) berichtet, dass er unter den in den letzten 10 Jahren beobachteten Fällen von Kranken nur 6 Mal Sarcom gefunden hat (von 32997 Fallen) und zwar eins beim Manne und fünf bei Frauen.

Seine Zusammenstellungen über Neubildungen in der Nase sind folgende:

---

[18]) Mackenzie, Über bösartige Geschwülste der Nase. 1884.

[19]) Zarnikow, Carl, Dr., Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums. Berlin 1894, pag. 239.

[20]) Schmidt, Moritz, Prof. Über Neubildungen in den oberen Luftwegen.

I. In der Nase:

1. Lymphosarcome 2 (bei 2 Frauen),
2. Sarcome 6 (1 beim Manne, 5 bei Frauen),
3. Carcinome 5 (3 bei Männern, 2 bei Frauen).

II. Im Nasenrachenraum:

1. 1 Angiosarcom (beim Manne),
2. 1 Sarcom (beim Manne).

Moritz Schmidt[21]) schreibt, dass Neubildungen in den oberen Luftwegen als Sarcome und Carcinome auftreten. Er giebt zu, dass es auch luetische Sarcome geben kann.

Die Sarcome treten in den verschiedenen Formen auf, als Rundzellen, Spindelzellen und Fibrosarcome. In der kleinzelligen Form kommen Sarcome hauptsächlich in der Nasenscheidewand vor. Höher oben kommen sie auch vor und ähneln den Schleimpolypen. Die Mandelgegend ist nach Schmidt bevorzugt vom Sarcom. Die Diagnose der Sarcome ist durch das Alter des Patienten und die Neigung zur Blutung deutlich. Sie sind mehr glatt, nicht so knotige oder bucklige Geschwülste. Die Prognose ist beim Sarcom günstiger als beim Carcinom.

Therapie: Scharfer Löffel, Thermokauther. An den Mandeln Behandlung mit Electrolyse.

Douglas[22]) beschreibt ausführlich den Unterschied zwischen Sarcom und Carcinom. Beide bieten einmal die Symptome dar, die sie als Fremdkörper erzeugen,

[21]) op. cit. pag. 510.

[22]) Douglas, Einige Bemerkungen über die malignen Erkrankungen der Nase.

d. h. Hypersecretion und eine gewisse Art Kopfschmerzen, sonst haben sie nichts charakteristisches.

Bedeutsamer ist die zweite Klasse der Symptome, die wir als Malignität bezeichnen; es sind Infiltration und Schmerz. Douglas hat nie einen autentischen Anhalt gefunden für die Ansicht, dass der Schmerz bei Carcinom sich von dem bei Sarcom unterscheide. Ein Frühsymptom der malignen Krankheit ist die Infiltration. Blutungen sind sowohl für Sarcom wie für Carcinom bezeichnend. Die Ulceration schreitet gewöhnlich rapider beim Carcinom als beim Sarcom vor und sie wird von einem störenden Ausfluss begleitet, der manchmal eitrig ist. Die charakteristischen Erscheinungen der malignen Erkrankung liegen in dem Aussehen, der Deformität, dem Alter des Patienten und der Lokalität der Erkrankung. Was die Unterschiedsmerkmale zwischen Sarcom und Carcinom anbelangt, so sind beide Krankheitsbilder so gut umschrieben, dass ein Zweifel über ihre Natur nur in sehr vereinzelten Fällen bestehen bleiben kann.

Das Sarcom der Nase ist ein Tumor, dessen Farbe von Rot oder Blaurot sich bis zum Grau entwickelt. Einige Autoren beschreiben ihn als dunkelrot und halten diese Farbe für charakteristisch. Es giebt jedoch auch schwarze Sarcome (melanotisches Sarcom). Die Consistenz der Geschwulst ist wechselnd, im allgemeinen ist dieselbe ziemlich hart, bisweilen härter als Knochen.

Das Carcinom ist rot, gewöhnlich fehlt eine besondere Consistenz; es ulceriert schneller wie das Sarcom; dabei besteht eine frühzeitig beginnende allgemeine Cachexie,

die beim Sarcom fehlt. Ein weiterer differential-diagnostischer Punkt ist die Verschiedenheit in der äusseren Deformierung des Gesichts. Fälle von Sarcom erzeugen im allgemeinen eine Deformität durch Verlagerung und das Vorwärtsdrängen normaler Gewebe, während das schneller ulcerierende Carcinom Veränderungen mehr durch Ulceration als durch Verdrängen der Gewebe hervorruft. Diese Differenz, die sehr bedeutsam ist, nämlich die Tendenz des Sarcoms zu verdrängen und verlagern und dabei wohl umgrenzte Tumoren zu bilden, und die des Carcinoms zu ulcerieren, liefert ein wertvolles Mittel für die Diagnose. Thatsächlich giebt es eine Form von Carcinom, bei dem nur eine Infiltration und Ulceration ohne Spur von Tumorbildung besteht.

Die Lokalität und die Entwickelung eines malignen Tumors in der Nase ist der wichtigste differential-diagnostische Punkt. Aus diesem Symptom ist es möglich, die Diagnose zu stellen.

Das Sarcom ist sehr gewöhnlich und fast allgemein eine Entwickelung oder eine Degeneration eines früher bereits bestandenen Tumors in der Nase. Diejenigen benignen Tumoren, die besonders zu sarcomatöser Infiltration neigen, sind fibröse Geschwülste, Knorpelgeschwülste und Schleimpolypen. Das Sarcom entsteht ziemlich weit nach vorne und nach unten an der Nasenwand, während das ulcerierende Carcinom mehr von hinten ausgeht, indem es meningeal oder pharyngeal z. B. vom Basilarteil des Hinterhauptbeines aus entsteht und erst in seiner weiteren Entwickelung nach vorne drängt. Zur Sicherheit der Diagnose muss eine mikroskopische

Untersuchung vorgenommen werden, jedoch ist auf die Krankengeschichte und auf das makroskopische Aussehen mehr Gewicht zu legen. Maligne Erkrankungen und besonders das Carcinom kommen sehr selten primär in der Nase vor.

Obwohl es in den meisten Fällen leicht ist, Polypen zu diagnosticieren, so kommen doch gelegentlich Verwechselungen mit Sarcomen vor (Mackenzie[23]). Indessen sind die gelatinöse Weichheit, die Elasticität, die Beweglichkeit, das blasse, halb durchscheinende Aussehen dieser gestiefelten Tumoren sicher, sie von den meisten Schwellungen anderer Art zu unterscheiden. Sarcomatöse, fibröse und carcinomatöse Neubildungen sind gewöhnlich viel härter, bluten leicht bei der Berührung, verursachen beträchtliche Schmerzen und producieren oft bedeutende Entstellung der Züge des Patienten durch Knochen- und Knorpelgeschwülste, sie sind hart, so dass ihre wahre Natur sofort erkannt werden kann. Jedoch giebt es auch Sarcome, besonders Myxosarcome, welche beinahe ebenso weich, wenn nicht weicher als Schleimpolypen sind. Auch mit Nasenrachenpolypen können Sarcome verwechselt werden und oft kann nur durch die mikroskopische Untersuchung die Diagnose zwischen fibrösen Geschwülsten und Sarcomen gesichert werden.

Ferner ist noch zu bemerken, dass auch durch fibröse oder sarcomatöse Geschwülste die Nasenknochen von

[23]) Mackenzie, Über die Polypen der Nase. pag. 502.

einander dislociert werden können, wodurch das sogenannte „Froschgesicht“ zu Stande kommt.

In den neueren Zeit haben einige Autoren über Sarcome und Epitheliome der Nasenhöhlen geschrieben.

Angeführt seien hier folgende:

Hellat[24]) stellt im Verein Petersburger Ärzte einen Patienten von 30 Jahren vor, der von einem grossen, schmutzig rötlichen, leicht blutenden Tumor der linken Nasenhöhle mit metastatischen Schwellungen der Submaxillardrüsen gelitten hatte. Der Tumor wurde mit der Schlinge aus der Nase entfernt und in die bis hühnereigrossen geschwollnen Lymphdrüsen Pyoctanin flavum 10/300,0 injiciert. Nach 14 Tagen waren die beiden Unterkiefermetastasen geschwunden, die noch in der Nase vorhandenen Tumormassen wurden mit Pyoctaninpulver bestreut, worauf sie bis auf einen unbedeutenden Rest schwanden. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein kleinzelliges Sarcom.

C. Léonmau[25]) stellt einen Patienten vor von 70 Jahren, welcher zuerst im Jahre 1886 Stockschnupfen und erhebliche Beschwerden bei der Atmung durch die Nase hatte. Im Verlauf von 2 Monaten waren beide Nasenhöhlen undurchgängig. Es bestand spontane Epistaxis, Schmerz in den Augenhöhlen und in der Stirn. Das Allgemeinbefinden war vorzüglich. Die Nase war voluminös, mit Tumormassen gefüllt, auch bestand eine eitrige Entzündung des Thränensackes. Die Highmors-

---

[24]) Hellat, Heilung eines Falles von Sarcom der Nase nach Injection von Pylocarpin. Petersburg.

[25]) Léonmau, Über Tumoren der Nasenhöhlen. April 1887.

höhlen waren anscheinend frei. Es konnten Drüsenentzündungen beiderseits unter dem Unterkiefer festgestellt werden. Das rapide Wachstum des Tumors, die Blutungen und die Schmerzen, welche er verursachte, brachten Dr. Léonmau zur Diagnose eines primären malignen Tumors der Nasenhöhlen (sarcome embryonnaire), ausgehend von der Nasenscheidewand. Boursier schliesst sich dieser Diagnose an und glaubt, dass eine radicale Operation indiciert sei, denn er hatte selbst einen Fall, wo nach Exstirpation kein Recidiv folgte. Referent meint auch, dass kein Recidiv auftrete, wenn die Operation vollständig und früh genug ausgeführt werde. Der Ausgangspunkt schien ihm schwer festzustellen zu sein.

Fälle dieser Art seien selten. Armoignac glaubt, dass es nach der Operation nötig sei, die Thränenwege herzustellen. Ollier[26]) berichtet über einen Fall, in dem er wegen eines sehr grossen Sarcoms die ganze Nase abtragen musste.

C. S. Bacon[27]) beschreibt einen Patienten, der zwei Jahre früher einen Tumor im rechten Nasenloch bemerkte. Derselbe wurde entfernt, dabei die rechte Arteria carotis communis unterbunden. Doch es folgten immer Recidive. Nach einer nochmaligen Entfernung derselben war nach 4 Monaten kein Recidiv. Die Operation bestand im Herausmeisseln der Neubildung.

Braquehage[28]) giebt eine Beschreibung eines Tu-

[26]) Ollier, Abtragung der Nase wegen eines voluminösen Sarcoms der Nasenhöhle. Lyon, 16. Dezember 1888.

[27]) Bacon, Über Sarcom der Nase. 14. Mai 1888.

[28]) Braquehage, Über das Sarcom der Nasenhöhlen. 1889.

mors, welcher ein Sarcom war und das Gaumendach nach unten drängte, während der Augapfel etwas heraustrat. Nur eine weitgehende Operation sei im Stande, die Krankheit zu heilen, wie auch Tillaux[29]) angiebt.

Wilke[30]) giebt einen complicierten Fall von Sarcom an. In der linken Nasenhöhle befanden sich zwei Polypen, die aber bei der mikroskopischen Untersuchung als Spindelzellensarcome erkannt wurden.

Kieselbach[31]) berichtet über einen Fall von Epithelioma papillare an der mittleren Nasenmuschel. K. zählt dasselbe zu den gutartigen Geschwülsten. Vom Rande gehen in die Tiefe Epithelzellen, deren Zellen meist eine längsovale oder spindelförmige Gestalt haben. Daneben finden sich Übergänge zu mehr rundlichen Zellen und Pflasterepithel. Die Zellen der einzelnen Zapfen zeigen in ihrer Beschaffenheit grosse Differenzen.

Du Castel[32]) führt aus, dass die Geschwulst im Innern der Nase unter dem Bild einer kleinen Kruste entstehe, die, mit dem Nagel abgerissen, fortwährend wieder wuchs und endlich zu zwei wuchernden grossen Tumormassen wurden. Dem wuchernden Charakter der Geschwulst schreibt er dem Umstande zu, dass sie sich ursprünglich auf der Mucosa entwickelt hatte.

Lyonnet et Regaud[33]) schreiben, dass bei einem

[29]) Tillaux, Über Sarcom der Nasenhöhlen. 1890.

[30]) Wilke, Sarcom der Nasenhöhlen. Greifswald 1890.

[31]) Kieselbach, Ein Fall von Epithelioma papillare an der mittleren Nasenmuschel. Erlangen.

[32]) Du Castel, Epithelioma vegetans der Nase. Paris.

[33]) Lyonnet et Regaud, Über Carcinom in der hinteren Nasenhöhle.

Carcinom der hinteren Nasenhöhle der Tod durch complicierende Meningitis eintrat. Der Fall ist interessant, weil die primäre Entwickelung eines Carcinoms in den Rachendrüsen selten ist. Die rapide Invasion der Schädelknochen und die akuten Veränderungen, die den Tod herbeiführten, entstanden durch eine Entzündung der Geschwülste.

Dreyfuss[34]) führt einen Fall von Carcinom in der rechten Nasenseite an, dessen Diagnose er erst nach 2 Monaten habe stellen können, nachdem er, den Sinus sphenoidalis und einige Siebbeinzellen entfernt hatte.

Die Diagnose war erschwert durch eine dreissig Jahre lang bestehende Ozoena. Dreyfuss glaubt, dass das Carcinom sich entweder aus den alten Granulationen oder nur aus dem metaplasierten Epithel entwickelt habe. Dann folgt eine kritische Besprechung der bis jetzt als Krebs diagnosticierten 12 Fälle und ein kurzer Abriss über die besonderen Eigenschaften des Carcinoms in der Nasenhöhle. Es kommt nur nach dem 40. Lebensjahre vor und überhaupt nur sehr selten, nach Gurlt unter 9554 Carcinomen nur viermal. Spontane Blutung ist selten und meist schwach, ganz im Gegensatz zu gewissen Sarcomen. Die regionären Lymphdrüsen werden selten oder spät inficiert. Foetide Secretion, Schmerzen, Durchwachsen in das Gehirn und Lähmung von nahe liegenden Nerven sind auch beim Sarcom häufig. Die Diagnose durch Inspection ist meist sehr schwer. Die

[34]) Dreyfuss, Die malignen epithelialen Tumoren der Nasenhöhle.

Therapie besteht in Radicaloperation. Recidive sind ziemlich häufig.

Onodi[35]) giebt an, dass in einem Fall das Sarcom von der mittleren Muschel und dem mittleren Nasengange ausginge und schliesslich die ganze Nasenhöhle erfüllte. Der Sinus frontalis und die Siebbeinzellen waren mit Eiter gefüllt. Es wurde die Radicaloperation gemacht.

Dr. Natier[36]) führt einige Fälle von Sarcom in den Nasenhöhlen an. Nach den allgemeinen Abhandlungen der Pathologie und den speciellistischen Abhandlungen kommen die Sarcome in der Nase überhaupt selten vor. Natier erstattete Bericht über einen Fall aus seiner persönlichen Praxis und stellt sie mit fünf anderen Fällen zusammen, welche Prof. Duplay ihn bevollmächtigt hatte zu beschreiben. Es folgt hieran eine zusammengefasste Übersicht über die 6 Fälle.

I. Fall.

Ein büschelförmiges Sarcom in der rechten Nasenhöhle bei einer Frau von 28 Jahren. Der Ursprung desselben hat seinen Anfang im Jahre 1890. Nach mehreren Cautherisationen und Exstirpationen wandte sich die Kranke an uns. Der allgemeine Befund war in die Augen fallend. Vollständige Verstopfung der rechten Nasenöffnung, Verunstaltung der Nase, deren Rücken zur linken Seite getrieben ist. In der rechten

---

[35]) Onodi, Über Sarcom der Nasenhöhle. 1894.

[36]) Natier, Société laryngolistes. Belges 1893. Ausführlich publiciert im Archiv international de laryngologie. 25. Jan. 1894.

Nasenhöhle befindet sich ein Tumor in der Grösse einer Wallnuss, welcher sehr hart ist. Die Kranke begab sich auf den Rat des Dr. Natier in die Charité zu Professor Duplay, wo sie einer specifischen Behandlung unterworfen wurde und zwar ohne Resultate. Der Sinus maxillaris wurde unversehrt gefunden. In der That war die Nase zerdrückt und die Nasenhöhle wenig durchgängig. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Sarcom.

II. Fall.

Ein fibro-plastischer Tumor der rechten Nasenhöhle bei einer Frau von 52 Jahren. Die Anfangssymptome entstanden vor 2 Jahren, weder Schmerz noch Hämorrhagie war dabei aufgetreten. Es bestand eine äussere Deformation der rechten Nasenhöhle. Ein ziemlich grosser Tumor macht einen Vorsprung ins Innere der Nasenhöhle und ist unten und ausserhalb des Nasenbodens und Nasenflügels eingewuchert. Nach der Abtrennung des Nasenflügels wurde im Jahre 1887 eine Exstirpation gemacht. Mikroskopisch wurde ein Sarcom gefunden.

III. Fall.

Ein Sarcom der rechten Nasenhöhle bei einem Manne von 50 Jahren. Es bestanden keine Drüsengeschwülste. Die Operation wurde nach vorangegangener Tamponade des hinteren Teiles der linken Nasenhöhle gemacht. Der Ort der Wucherung befand sich im Niveau der mittleren Muschel. Die Wegnahme hatte einen Sequester im Gefolge.

IV. Fall.

Sarcom der rechten Nasenhöhle bei einem Manne von 50 Jahren. Es bestanden keine Drüsengeschwülste. Auch hier wurde die Operation nach vorhergegangener Tamponade der hinteren linken Nasenhöhle ausgeführt. Die ganze Partie der Haut, die mit dem Tumor zusammenhing, wurde durch den Thermocauther abgegrenzt, dessen man sich gewöhnlich bedient, um Teile zu durchtrennen. Die Neubildung wurde sodann mit Hammer und Meissel weggenommen. Allein nach mehreren Monaten traten an ein paar Stellen Recidive auf.

V. Fall.

Sarcom der linken Nasenhöhle bei einer Frau von 56 Jahren. Das Auftreten begann mit einer Nasenblutung. Das Antlitz ist verunstaltet, nicht aber die Haut verändert. Im Innern der Nasenhöhle ist unten und ausserhalb ein Tumor eingepflanzt, mit einer Verlängerung bis zum hinteren Teile der linken Nasenhöhle. Die Gewebe der Neubildung sind weich und bluten leicht. Die Kranke verfiel einer andauernden Cachexie und ohne besondere Erscheinungen zu bieten, konnte sie keine Schluckbewegungen mehr machen.

VI. Fall.

Ein sich verknöcherndes Sarcom der rechten Nasenhöhle bei einer Frau von 50—55 Jahren. Vor 5 Jahren wurde der Tumor blosgelegt, indem man den Nasenflügel durch eine in der Nasenfurche verlaufende Incision los-

getrennt hatte. Es war unmöglich, eine regelrechte Operation zu machen, indem der Tumor da zerriss, wo man ihn anfasste. Er schien mit einer breiten Grundfläche auf den Muscheln und in dem oberen und mittleren Nasengang gewachsen zu sein. Nach einem Recidiv folgte eine zweite Operation nach 4 Jahren. Eingehen auf der Medianlinie der Nase, worauf ein Curettement der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes folgte. Bei der dritten Operation nach 15 Monaten Wiederholung der vorhergegangenen Operation und Curettement. Es traten einige Zeit später zwei Neubildungen auf.

Also fünf Mal von sechs Kranken wurde diese Affection bei Frauen beobachtet, welche zwischen 24 und 56 Jahren variierten. In jedem Falle wurde fast immer der Tumor in der rechten Nasenhöhle angetroffen. Die Kranken gehörten den verschiedenen Gesellschaftsklassen an. Im Allgemeinen waren sie von keinem Verdacht auf hereditäre oder erworbene Anlage behaftet. Das Übel hat sonst immer eine trügerische Gestalt. Die Aufmerksamkeit der Angehörigen wurde nur wenig auf die Anschwellung und die Verunstaltung gelenkt. Manche hatten am Anfange der Krankheit nur eine kleine Warze bemerkt.

Die Prognose ist wahrscheinlich sehr zweifelhaft, weil die Kranken meist zu spät die Hilfe der Chirurgie aufsuchen kommen. Wir sehen ausserdem, dass jeder operative Eingriff in einer längeren oder kürzeren Zeit von einem Recidiv gefolgt wird, welches, von neuem bekämpft, nicht lange darauf zum Tode führen kann. Man muss deshalb von der Zeit ab, in der die Diagnose ge-

stellt wurde, eiligst handeln. Die Heilung, wenn eine solche überhaupt möglich ist, hat nur Wahrscheinlichkeit, zu glücken, wenn ein frühzeitiger Eingriff gemacht wird, der dem Beginn der Affection zeitlich sehr nahe steht. In der Regel scheinen am meisten jene Fälle zu sein, bei denen das Innere der Nase zu gleicher Zeit mit den Nebenhöhlen befallen ist. Von isolierten Punkten ausgehende maligne Tumoren scheinen am seltensten zu sein.

Strohe[37]) führt zwei Fälle von Sarcom der Nasenhöhle an:

1. Fall: 52 jähriger Mann mit Rundzellensarcom der linken Nasenhöhle. Radicaloperation, nach einigen Monaten exitus.

2. Fall: 42 jähriger Mann mit Spindelzellensarcom der rechten Nasenhöhle. Operation, nach 4 Wochen Recidiv.

R. Levy[38]) macht eine wichtige Beobachtung bei der Grösse der Verletzungen. Man sieht folgende Erscheinungen sich der Reihe nach darstellen.

1. Lähmung der peripheren Äste des Nervus facialis.
2. Lähmung der Sensibilität in dem 2. Ast des Nervus trigeminus.
3. Schlucklähmung durch den Druck auf das Ganglion de Meckel.

---

[37]) Strohe, Dissertation über die Sarcome der Nasenhöhle. Bonn 1892.

[38]) Levy, Sarcome inopérable du nez. New-York, 17. Mai 1894.

4. Heftige Schmerzen im Gesicht und im Auge durch den Druck auf den Nervus trigeminus.
5. Schmerz in der Hinterhauptsgegend durch Druck im Os sphenoidium.

Levy stellt überdies das gleichzeitige Vorhandensein von Polypen fest, welche demnach mit den malignen Tumoren zu gleicher Zeit vorhanden sein können. Drüsengeschwülste waren reichlich vorhanden. In diesem Falle konnte er feststellen, dass der Tumor im Sinus angefangen haben musste, und sich hierauf in der Nase und in dem tieferen Teile ausgebreitet hatte. Er deutet die Wichtigkeit der Frage nach dem Ursprung an, wo keine Aussicht auf einen Hinweis zur Operation vorhanden ist. Der Geruch des Eiters, welcher aus dem Sinus abfloss, war foetide (brandiger Geruch) und verschieden von dem der gewöhnlichen Abscesse. Am häufigsten weist Levy auf die sehr lebhaften Schmerzen im Gesicht hin, die als Anfangssymptome besonders wichtig sind und in fünf andern Fällen gefunden wurden.

Dr. Schech[39]) erwähnt, dass zu den bösartigen aus kleinen oder grossen Rund- oder Spindelzellen bestehenden Neubildungen auch die Sarcome gehören. Sie sind von verschiedener Consistenz und sehr blutreich. Manche Formen wachsen sehr langsam, manche sehr schnell. Mit besonderer Vorliebe nehmen sie vom Septum carthilagineum ihren Ausgang und zwar teils als circumscripte breitbasige Geschwülste, teils als diffuse, flache

---

[39]) Dr. Schech, Über Sarcom der Nasenhöhle. München pag. 208.

oder knotige Infiltrate, die auf Nasenboden, den Muscheln, den Nasenrachenraum fortwuchern und zur Perforation des Septums und Caries der Knochen Anlass geben. Sie kommen in jedem, namentlich in höherem Alter vor, doch hat Maure auch einen Fall bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde beschrieben.

Bevor ich nun den Fall von melanotischem Sarcom der Nase aus dem Ambulatorium des Herrn Dr. Kafemann beschreibe, will ich erst über das Melanosarcom im Allgemeinen unter Anführung von Autoren etwas ausführlicher berichten.

Vor allem ist es N. Cozzolino[40]), welcher einen Fall von melanotischem Sarcom speciell beschreibt.

Es handelt sich um eine Frau von 58 Jahren, welche seit $2^1/_2$ Jahren Symptome an Nasenverstopfung der rechten Nasenseite leidet. Ihr wurden dreimal mit der Pincette Stückchen des Tumors entfernt. Ungefähr 8 Tage nach der Operation entstand ein collaterales Oedem des ganzen Gesichtes. Man sieht eine aus kleinen, 1—2 cm langen, ovoiden, schwarzen Tumoren zusammengesetzte Masse, welche weder den Durchgang eines Stilets, noch von Flüssigkeit gestattet. Der Tumor überragt die Choane um 1 cm. Drüsenanschwellung ist nicht vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung zeigt, dass die Struktur und die Form der Zellenelemente an verschiedenen Stellen variieren, indem sich der Tumor an der einen Stelle als kleinzelliges Sarcom präsentiert,

---

[40]) Cozzolino, Un cas de sarcom à cellules polymorphes de la cloison nasale, simulant un Melanosarcome. 1895.

an der anderen als ein spindelförmiges und wieder an einer anderen Stelle als Myxosarcom. In diesem Falle handelt es sich um ein Sarcom mit polymorphen Zellen, welche die Gegenwart von einer enormen Menge von Blutpigment zeigten, das von früheren Hämorrhagien herstammte und das Aussehen eines Melanosarcoms verlieh. Die Behandlung beschränkte sich auf antiseptische Irrigationen. Der Tod trat einige Monate später ein.

Cozzolino sieht die Ursache der Häufigkeit der bösartigen Geschwülste in den oberen Luftwegen, in der Häufigkeit des animiden Gewebes, von welchem, wie er meint, das Sarcom seinen Ursprung nimmt.

Dr. Heymann[41]) beschreibt einen Fall von melanotischem Sarcom der Nasenhöhle. Patient litt vor Jahren an Nasenpolypen der linken Nasenseite, welche trotz mehrfacher Operationen immer wieder recidivierten. Er kam dann in die Behandlung des Dr. Heymann. Bei der Untersuchung war die Nase kuglig aufgetrieben und es zeigte sich das linke Nasenloch durch einen Tumor verstopft, welcher hart und rauh, von schmutzig grau-schwarzer Farbe eine ulcerierende Oberfläche zeigte. Derselbe war mit breiter Basis am Septum angeheftet und wurde mit der Glühschlinge entfernt. Die Nachbehandlung bestand in Galvanocaustik und Jodoform. Innerhalb 14 Monaten trat ein Recidiv auf. Der Tumor hatte Wallnussgrösse. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein melanotisches Alveolarsarcom von unregelmässiger Struktur und Pigmentierung.

---

[41]) Dr. Heymann, Über melanotisches Sarcom der Nase. Berlin, 21. Septbr. 1889.

Dr. Schallcuoss[42]) gab an, dass ein melanotisches Sarcom der Nase mittels der Schlinge und des scharfen Löffels entfernt würde. Es erfolgte kein Recidiv.

Viennois[43]) giebt an, dass er zweimal ein melanotisches Sarcom vom Nasenflügel habe ausgehen sehen.

Dr. Michael[44]) beschreibt zwei Fälle von melanotischem Sarcom resp. Melanom bei zwei Frauen, von denen die erste seit einem Jahre, die letztere seit 10 Jahren an einseitiger Nasenverstopfung litt. Exstierpation, Auslöffelung mit dem scharfen Löffel, Cautherisation. Im ersten Falle war innerhalb zwei Jahren kein Recidiv.

Heymann[45]) demonstriert die Präparate von melanotischem Sarcom der Nase, welches er das erstemal im Jahre 1887 operierte, um jetzt das Recidiv an Stelle des alten Tumors zu sehen. Alle übrigen Fälle von Melanosarcom der Nase, welche publiciert sind, zeichnen sich durch das Ausbleiben des Recidivs aus. Daneben fand Heymann in einer polypoiden Hyperplasie des vorderen Endes der mittleren Muschel, der anderen Seite wenig zahlreiche, anscheinend regellos angeordnete melanotische Zellen von wechselnder Grösse und vieleckiger Form. Im übrigen zeigte das Präparat die gewöhnliche Struktur solcher Hyperplasien und pigmentierte Zellen fügten sich in das Gewebe ein. Auch freies

---

[42]) Dr. Schallcuoss, Über melanotische Sarcome der Nase. Januar 1892.

[43]) Viennois, op. cit. pag. 7—8.

[44]) Dr. Michael, Über Melasarcom der Nase. 21. Sept. 1891.

[45]) Heymann, Über Melanosarcom der Nase. Berlin 1892.

Pigment wurde vorgefunden. Am übrigen Körper zeigte Patient keine Pigmentierungen.

Wie wir im Obigen gesehen haben, folgen der Operation öfters Recidive, die zum Tode führen können. Wenn die Heilung überhaupt möglich, so muss so schnell wie es geht, eine Radicaloperation ausgeführt werden.

Endlich will ich den Fall von melanotischem Sarcom aus der Praxis des Herrn Dr. Kafemann ausführlich behandeln und die Art der Operationen und die Folgezustände schildern.

Es handelt sich um einen Fall von melanotischem Sarcom bei einer Frau von 58 Jahren, welche Mitte Januar 1895 einer Nasenverstopfung wegen sich in die Behandlung des Herrn Dr. Kafemann begab. Nach ihrer Angabe soll sich die Nasenverstopfung erst im Laufe der letzten Woche eingestellt haben und mit häufigem und starkem Nasenbluten vergesellschaftet gewesen sein. Der sie behandelnde Arzt hatte bereits in der vollständig richtigen Annahme, dass nach Beseitigung des Atmungshindernisses die Blutungen aufhören würden, mehrfache glückliche Extractionsversuche mit der Zange gemacht, die Patientin dann aber schliesslich zur Behandlung an Herrn Dr. Kafemann gewiesen, welcher bei seiner Untersuchung folgende Beobachtungen machen konnte:

Die untere Muschel der linken Seite zeigte sich hochgradig turgesciert. Der mittlere Nasengang war mit einer schwärzlich aussehenden, bei der leichtesten Berührung blutenden Tumors vollkommen ausgefüllt. An keiner Stelle ist eine Auftreibung des Knochengerüstes zu er-

kennen. Bei der Rhinoscopia posterior sieht man deutlich einen mittleren Nasengang, aber noch ca. 1 cm vom Choanenrande entfernt dieselben Tumormassen. Die rechte Seite war vollkommen normal. Die Durchleuchtung ergab vollkommen freie Kiefernhöhlen beiderseits. Anamnestisch ist hervorzuheben, dass Patientin stets eine gesunde Nase gehabt habe und erst in den letzten Wochen über schnell sich einstellende Nasenverstopfung geklagt habe. Leider war darüber, ob Patientin an Nasenschleimpolypen gelitten hatte, nichts zu erfahren, da niemals vorher eine specialärztliche Untersuchung stattgefunden hatte. Es ist das wie gesagt sehr zu beklagen, mit Rücksicht auf die sehr interessante Transformationsfrage. Die neuerdings von Massei, Schmiegelow, Bayer, Fink und anderen genau beschriebenen Fälle lassen ja keinen Zweifel mehr darüber, dass eine Umwandlung von gutartigen Tumoren der Nase, z. B. von Schleimpolypen, in bösartige Carcinome und Sarcome stattfinden kann. Es muss daher bei jedem Sarcomfall der Nase versucht werden, eine absolut zuverlässige, genaue Orientierung über den früheren Zustand des Naseninnern zu erhalten. In der ganzen Familie sind keine carcinomatösen oder sarcomatösen Antecedentien aufzufinden. Die Entfernung des Tumors, der seinem Aspect nach sofort für ein sarcomatöses Gewächs angesprochen werden musste, konnte noch mit der kalten resp. der galvanocaustischen Schlinge erfolgen. Die Ansatzstelle, die sich, wie die Sondenuntersuchung ergab, zweifellos an der bekannten Prädilectionsstelle der Schleimpolypen, nämlich dem hiatus semilunaris befand, wurde energisch mit dem Thermocauther zerstört.

Da Herr Dr. Kafemann wenige Tage nach der Entlassung der Patientin eine längere Reise antrat, konnte eine mikroskopische Untersuchung nicht vorgenommen werden. Circa 7 Wochen nach der Entlassung stellte sich die Patientin nach der Rückkunft des Herrn Dr. Kafemann wieder vor. Bei der diesmaligen Untersuchung konnte er folgenden Befund aufnehmen:

Der Tumor war in einer Weise recidiviert, dass derselbe bereits im introitus zu sehen war. Die linke Nasenseite war etwas aufgetrieben. Es wurde behufs mikroskopischer Untersuchung ein etwa haselnussgrosses Stück entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein melanotisches Sarcom. Es waren sehr grosse Zellformen oft mit ausserordentlich grossen Kernen. Vereinzelte Zellen waren mit melanotischem Pigment beladen. Patientin reiste darauf, weil sie sich angegriffen fühlte, für einige Tage nach Hause. Bei der sechs Tage später erfolgten Wiederkehr war bereits eine teigige Schwellung der linken Nasenseite vorhanden, auch war die linke Seite bedeutend mehr aufgetrieben, als vor sechs Tagen. Es musste deshalb eine, wenn möglich radicale Entfernung des Tumors vorgenommen werden. Das im introitus befindliche Stück des Tumors war noch weiter hervorgetreten sichtbar. Da an eine Entfernung der riesigen, rapid wachsenden Tumormasse nicht mehr gedacht werden konnte, so begab sich die Patientin Mitte April 1895 in die Privatklinik des Herrn Prof. Dr. Schneider behufs einer radikalen Operation.

Von dem Operationsverfahren konnte nur eines der grösseren Chirurgie angehörendes verwendet werden.

Solche sind von Dupuytreu, Langenbeck, Mac Carmac, Massaignac, Ollier, Lawrence, Palasianciano und Rampolla angegeben worden. Auch die im Jahre 1873 von dem Lausanner Chirurgen Rouge vorgeschlagene und von ihm warm empfohlene, doch im allgemeinen wenig beliebt gewordene Methode wird man hierher rechnen müssen. Wenn trotz der warmen Empfehlung[46]) derselben durch Batut, chef de clinique de Faculté de médécine de Toulouse davon Abstand genommen wurde und der immerhin verticalen limären Osteotomie nach Ollier der Vorzug gegeben wurde, so geschah es in der Meinung, dass kein anderes Verfahren so gründlich wie dieses das Naseninnere freilegt, eine Bedingung, die gerade für das in der Regel recidivierende Sarcom von der allerhöchsten Bedeutung ist. Bei der Operation des Prof. Dr. Schneider wurde folgendermassen verfahren:

Es wurde also die Nase in der Mittellinie gespalten, lateralwärts ferner das Nasenbein bis zum innern Augenwinkel mittels Hammer und Meissel durchtrennt, so dass das gesamte Naseninnere der Betrachtung frei zugänglich war. In dem Moment der Umklappung quollen förmlich die zusammengespressten Geschwulstmassen aus ihrer zusammengedrückten Lage in die Höhe. Der bequemen mikroskopischen Untersuchung wegen wurde der Haupttumor mit der Schlinge abgetragen. Er hatte die Grösse einer Wallnuss von ziemlicher Grösse. Die anderen sehr erheblichen Geschwulstteile wurden mit dem Volk-

[46]) Annales des maladies de l'oreil etc. Mars. 1894, p. 219.

mannschen Löffel entfernt. Der Ansatz resp. Ausgangspunkt war der, wie schon vor 2 Monaten die Sondenuntersuchung festgestellt hatte, Prädilectionsort der Nasenschleimpolypen, nämlich die Gegend des hiatus semilunaris im mittleren Nasengange. Eine gründliche Zerstörung der Ansatzstelle mittels des Thermocauthers beendete die Operation. Die gesamten entfernten Geschwülste wurden dem hiesigen Königlichen pathologischen Institut zur mikroskopischen Untersuchung überwiesen. Der Wundverlauf war ein vollkommen normaler. Bereits nach dem Ablauf von 8 Tagen konnte die Patientin in die Heimat reisen. Eine weitere regelmässige Beobachtung hat bis zum heutigen Tage kein Recidive ergeben.

Eine zusammenhängende Studie der Nasenscheidewand wurde 1893 von Gangenheim und Hélary in den Annales des maladies de l'oreille p. 295 gegeben. Bei Zusammenstellung der Litteratur vermehrten sie dieselbe um ein sarcom teleangiectasique und um ein sarcom myoloplaxes. Diese höchst complette Studie wurde in demselben Jahre noch ergänzt durch eine in der Zeitschrift erschienene Arbeit von A. Michael Dansac über denselben Gegenstand. Dansac beschreibt in derselben ein Sarcom teleangiectasique, ein endothéliome vasculairé embryonnaire (angiosarcome endothélial de la cloison nasale).[47])

[47]) Annales des mals de l'oreil, Juni 1893.

Thesen.

1. Über den renalen Hydrops mit Durchlässigkeit der Gefässe.
2. Bei Querfraktur der Patella ist am besten die Naht mit Silberdraht.

Vita.

Am 15. August 1864 wurde ich als Sohn des Besitzers Carl Olschewsky zu Mohrungen geboren und genoss daselbst meine erste Schulbildung. Im Jahre 1879 bezog ich das Königliche Gymnasium in Elbing, von welchem ich October 1885 mit dem Zeugnis der Reife entlassen wurde. Sodann studierte ich neun Semester in Königsberg, bestand das Tentamen physicum im Mai 1887, beendete im Juli 1890 mein Staatsexamen und machte am 9. Juli 1895 mein Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit hörte ich folgende Lehrer:

Caspary, Dohrn, Hermann, Jaffe, Lichtheim, Lossen, Meschede, Michelson, Mikuliez, Münster, Nauwerck, Neumann, Schneider, Schreiber, Stetter, Stieda, Treitel, Vossius, Kafemann.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern sage ich für den genossenen Unterricht besten Dank.